**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**

**CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO**

**SUPERINTENDÊNCIA**

# FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL – FAC.01

|  |
| --- |
| **ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS** |
| 1. Este formulário só deve ser preenchido para fins de atualização cadastral. |
| 2. Caso o dependente não esteja na base de dados da CBPM deverá ser solicitada a inclusão com o preenchimento do respectivo formulário de inclusão. |
| 3. Conforme artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, os beneficiários(as) obrigatórios(as) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM e devem ser inscritos(as) ou ter seus dados atualizados, por meio do presente requerimento, assinado pelo(a) contribuinte ou seu representante legal, anexando documentos relacionados nos tópicos abaixo. |
| 4. Em havendo mais de um cônjuge ou companheiro, será mantido apenas o mais recente |
| 5. Havendo cônjuge, companheiro ou filho menos de 21 anos, este devem ser cadastrados e os genitores devem ser excluídos. |
| 6. Todos os documentos para atualização cadastral devem ser anexados ao presente formulário e entregues conjuntamente, pois resguardam direitos e garantias do próprio contribuinte e dos seus beneficiários, preservando a legalidade e integralidade dos registros. |
| 7. Cópias simples dos documentos legais que contenham o n º do **RG**, do **CPF** ou do **CIN (Carteira de Identidade Nacional)** e o **comprovante** **de** **endereço** dos (as) dependentes e do(a) militar contribuinte. |
| 8. Os dependentes que não estiverem relacionados neste formulário serão excluídos após o processamento deste. |
| 9. Caso alguma decisão judicial que que interfira na condição de beneficiário ou de tratamento está também deve ser juntada ao formulário |
| 10. Para o filho(a) natural ou por afinidade com invalidez, posteriormente à sua inclusão como beneficiário(a), o Contribuinte deve elaborar requerimento específico na CBPM (formulário próprio) para ter o(a) filho(a) inscrito(a) também como beneficiário(a) inválido(a), devendo o(a) referido(a) dependente ser submetido(a) à perícia no Centro Médico da Polícia Militar, conforme determina o Inciso II, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, onde será atestada formalmente a enfermidade (CID) correspondente à necessidade especial. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE** | | | | | |  |
| **NOME** |  | | | | | |  |
| RE | Posto/Graduação | | CPF | | | RG/CIN |  |
| Data de nascimento: | É PM inativo(a)? ( ) SIM  ( ) NÃO | | Registro SPPrev (Inativo) | | | Estado Civil |  |
|  | Endereço Residencial do(a) PM Contribuinte | | | | | |  |
| Logradouro: |  | | | | | Número | Complemento |
| Bairro |  | Cidade | | | | UF | CEP |
|  | Contatos do(a) PM Contribuinte | | | | | |  |
| Telefone Residencial  ( ) | Telefone Celular  ( ) | | | Telefone outro – recado  ( ) | Email Pessoal | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS – DO DEPENDENTE 01** | | | | | | | |  |
| **NOME** | | | | | | Nome Social | |  |
| Sexo | Data de nascimento | | CPF | | | RG/CIN | |  |
| **PARENTESCO**: ( ) filho(a) natural ( ) filho(a) por vínculo de afinidade  ( ) Cônjuge ( ) Companheiro(a) ( ) Genitor(a) | | | | Estado Civil | | | |  |
| Nome da mãe | | | | Nome do pai | | | |  |
| Endereço Residencial – do dependente | | | | | | | |  |
| Logradouro: | | | | | | | Número | Complemento |
| Bairro | | Cidade | | | | | UF | CEP |
| Contatos - dependente | | | | | | | |  |
| Telefone Residencial | Telefone Celular | | Telefone outro - recado | | Email Pessoal | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS - DO DEPENDENTE 02** | | | |  |
| **NOME** | | | | Nome Social |
| Sexo | Data de nascimento | CPF | | RG/CIN |
| **PARENTESCO**: ( ) filho(a) natural ( ) filho(a) por vínculo de afinidade  ( ) Cônjuge ( ) Companheiro(a) ( ) Genitor(a) | | | Estado Civil |  |
| Nome da mãe | | | Nome do pai |  |

Visto contribuinte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | | |  |
| Endereço Residencial do DEPENDENTE | | | | | | | |  |
| Logradouro: | | | | | | | Número | Complemento |
| Bairro | | Cidade | | | | | UF | CEP |
| Contatos do DEPENDENTE | | | | | | | |  |
| Telefone Residencial | Telefone Celular | | Telefone outro - recado | | Email Pessoal | | |  |
| **DADOS PESSOAIS - DO DEPENDENTE 03** | | | | | | | |  |
| **NOME** | | | | | | Nome Social | |  |
| Sexo | Data de nascimento | | CPF | | | RG/CIN | |  |
| **PARENTESCO**: ( ) filho(a) natural ( ) filho(a) por vínculo de afinidade  ( ) Cônjuge ( ) Companheiro(a) ( ) Genitor(a) | | | | Estado Civil | | | |  |
| Nome da mãe | | | | Nome do pai | | | |  |
| Endereço Residencial do DEPENDENTE | | | | | | | |  |
| Logradouro: | | | | | | | Número | Complemento |
| Bairro | | Cidade | | | | | UF | CEP |
| Contatos do DEPENDENTE | | | | | | | |  |
| Telefone Residencial | Telefone Celular | | Telefone outro - recado | | Email Pessoal | | | |

**REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO**

Requeiro a Atualização de dados, dos meus dependentes como beneficiários(as) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

Caso ocorra alteração, da condição de qualquer dos dependentes, comprometo-me a comunicar

formalmente à CBPM, o mais breve possível, apresentando cópia da documentação pertinente.

Estou ciente que as declarações são de inteira responsabilidade do contribuinte, que responderá

por eventuais inconsistências das informações, nos termos da lei, bem como de indenizar o Estado ou terceiros por prejuízos decorrentes, incluindo eventuais despesas médicas e hospitalares suportadas indevidamente pelo regime de AMH/CBPM, e por fim, às sanções previstas no Regulamento Disciplinar da Polícia Militar do Estado de São Paulo.

Nos termos do Inciso XII, do Artigo 5º, e do Artigo 14, da Lei Federal Nº 13.709/18, há anuência

do contribuinte e dos beneficiários aqui relacionados, para o tratamento dos presentes dados pela CBPM, para fins de AMH, no que preconiza a Lei Estadual Nº 452/74 e demais legislação vigente.

**Data, \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_. Assinatura contribuinte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uso**    **Interno** | **Documentos Apresentados e conferidos** | | | |
| **- Dependente 01 - Dependente 02 - Dependente 03**  ( ) Comprovante residência ( ) Comprovante residência ( ) Comprovante residência  ( ) RG/CPF ( ) RG/CPF ( ) RG/CPF  ( ) CIN ( ) CIN ( ) CIN | | | |
| **PROCEDIMENTO** | **DATA** | **NOME** | **RUBRICA** |
| Atualizado por | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  |
| Conferido por | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  |
| Digitalizado por | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  |
| Processo SEI por | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | Concluído por | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  |

**FORMULÁRIO FAC.01 – ATUALIZAÇÃO CADASTRAL Página n. 2 / 2**

Rua Alfredo Maia, 218 – Luz | São Paulo – SP | CEP 01106–010 – telefone 11-3315-3000 - [www.cbpm.sp.gov.br](http://www.cbpm.sp.gov.br/)